

Cuestionario de Alimentación para Niños (2 - 5 años)

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento del niño/a: ___/___/___ Fecha de hoy: ___/___/___

1. Por favor marque todos los siguientes que tenga que le trabajen. Estufa Horno Micro Ondas Refrigerador
2. ¿Qué bebe usualmente su niño/a? (Por favor marque todos los que aplican.)
 Leche (incluyendo leche de pecho) Formula Jugo/Bebidas de Jugo Agua Té azucarado
 Soda/Kool-Aid Té de Hierbas Gatorade/Bebidas Deportivas Otro: _____
3. ¿De que bebe su niño/a? (Por favor marque todos los que aplican.) Pecho Biberón Taza ante derrame Vaso
4. ¿Su niño/a a veces camina alrededor tomando de su vaso ante derrame o biberón? No Si
5. ¿Cuántas veces al día bebe leche su niño/a durante un día normal? _____ El niño/a no bebe leche
a. ¿Cuánta leche bebe su niño/ cada vez? _____ onzas
b. ¿Qué clase de leche bebe usualmente su niño/a?
 Vaca (___ Entera (Vitamina D) ___ Reducida/Baja en grasa (2%, 1% o ½%) ___ Descremada)
 Sin Lactosa Cabra Evaporada Condensada Soya Arroz
 Otro: _____
c. ¿Usted a veces agrega sabor a la leche? No Si, ¿Qué? _____
6. ¿Cuántas veces al día bebe agua su niño/a durante un día normal? _____ El niño/a no bebe agua
a. ¿Cuánta agua bebe su niño/ cada vez? _____ onzas
b. ¿Qué clase de agua bebe usualmente su niño/a? Pozo Ciudad/Rural Embotellada Inseguro
c. ¿Usted a veces agrega algo al agua? No Si, ¿Qué? _____
7. ¿Cuántas veces al día bebe jugo su niño/a durante un día normal? _____ El niño/a no bebe jugo
a. ¿Cuánto jugo bebe su niño/ cada vez? _____ onzas
b. ¿Qué clase de jugo o bebidas de jugo bebe su niño/a usualmente? _____
c. ¿Usted diluye el jugo con agua? No Si
8. A la hora de comer, ¿Cuántas veces come su niño/a la misma comida que el resto de la familia?
 La mayoría de las veces A veces Rara vez, ¿Qué come su niño/a? _____
a. ¿Qué clases de comida come su niño/a? (Por favor marque todos los que aplican.)
 Comida de bebé Comida de meza (___ En puré/mezcladas, ___ En trozos finitos, ___ En trozos gruesos/rebanadas)
b. ¿Se puede alimentar solo su niño/a? No Si
9. ¿Cuántas veces al día come su niño/a durante un día normal? Comidas _____ Meriendas _____
10. ¿Qué hace usted cuando su niño/a le pide comida entre en medio de la comida y la merienda? _____
11. Por favor marque las situaciones que describen como su niño/a come normalmente. (Por favor marque todos los que aplican.)
 En una silla alta En la meza En el sofá En el piso
 En casa En un restaurante/comida rápida En el carro En la guardería/Head Start/pre-escuela
 Con la televisión prendida Con la familia/amigos Solo Otro: _____

12. ¿Qué clase de meriendas come usualmente su niño/a? (Por favor marque todos los que aplican.) El niño/a no come aperitivos
 Fruta Bocadillos de frutas Galletas / Pastelitos Galletas Saladas Papas Fritas Palomitas
 Nueces Pretzels Nieve Cereal / Barras de Cereal Dulces Otro _____
13. ¿Cuántas veces al día come su niño/a frutas y verduras (no jugo) durante un día normal? _____
 El niño/a no come frutas o verduras
 ¿Cuáles frutas y verduras come usualmente su niño/a? (Por favor marque todos los que aplican.)
 Manzana/Puré de manzana Plátanos Uvas Naranjas Peras Papas Papas Francesas
 Maíz Ejotes Zanahorias Bruselas Tomate Otro: _____
14. ¿Cuántas veces al día come su niño/a comidas con proteína durante un día normal? _____ En niño/a no come comidas con proteína
 ¿Cuáles comidas con proteína come su niño/a usualmente? (Por favor marque todos los que aplican.)
 Res/Búfalo Pollo/Pavo Pescado/Mariscos Puerco/Cordero Salchicha/Carnes de almuerzo Frijoles secos
 Crema de cacahuete Huevos Tofu Yogurt Queso Duros (Americano, Cheddar, Suizo...)
 Quesos Suaves (Feta, Brie, Blue-Veined, y Queso Fresco) Otro: _____
15. ¿Cuáles cosas dulces come su niño/a usualmente? (Por favor marque todos los que aplican.) El niño/a no come cosas dulces
 Azúcar Miel Almíbar Dulces Otro _____
 ¿Cómo se las come usualmente? (Por favor marque todos los que aplican.)
 Agregados a/en bebidas En bebidas pre-endulzadas En el chupón
 Agregados a/en comidas En comidas dulces (dulces, galletas, pasteles, etc.) Otro _____
16. ¿Su niño/a come regularmente algo que no sea comida como tierra, papel, crayolas, comida de la mascota o pedacitos de pintura?
 No Si
17. ¿Tiene su niño/a algún problema de salud/medico/dental? No Si, por favor escríbalo: _____
 ¿Fue este problema diagnosticado por un doctor? No Si
18. Por favor marque y describa todos los siguientes que su niño/a toma.
 Medicina sin receta (medicina para resfriado, para dolor, etc.) _____
 Medicamento recetado _____
 Vitaminas y/o suplementos de minerales _____
 Hierbas/Suplementos De Hierbas (Echinacea, Jengibre, etc.) _____
 Otro _____
19. ¿Se preocupa de cuanta cantidad come su niño/a? No Si, por favor explique _____
20. ¿Ha tenido su niño/a un examen del plomo de la sangre? No Si Inseguro
 Si sí, ¿Dónde? _____ ¿Cuándo? ____/____/____ ¿Qué fueron los resultados? _____
21. ¿Qué es una cosa que le gusta de la alimentación de su niño/a? _____
22. ¿Qué es una cosa que le gustaría cambiar de la alimentación de su niño/a? _____
23. ¿Cuánto tiempo pasa su niño/a jugando activamente en un día? _____ horas
24. ¿Cómo cuantas horas se sienta su niño a mirar TV, videos, DVDs en un día normal?
 _____ horas/día el niño usualmente no mira nada de TV, videos, DVDs